

## 看護職者に生じる悲嘆反応と対処行動

土橋 功 昌<sup>1)</sup>, 辻 丸 秀 策<sup>1,2)</sup>, 大 西 良<sup>2)</sup>, 福 山 裕 夫<sup>1)</sup>

### 要 約

本研究では、臨床看護職として職務に携わるなかで遭遇した、患者との死別体験による悲嘆反応とその対処行動の特徴を明らかにするために、大学病院で働く看護師415名を対象とした質問紙法による調査を行った。質問紙は、「悲嘆反応尺度 (Grief Response Scale ; GRS)」、「対処行動尺度 (Scale for Coping with Bereavement ; SCB)」（いずれも富田他, 2000b）、日本語版 SDS (1974) 及び「バーンアウト (燃えつき症候群) 尺度」(久保・田尾, 1992, 1994) などから32項目を参考にした。その結果、①実務経験の浅い若年の看護師のほうが、強い悲嘆反応を示しやすく、それに対処するために気晴らしをしたり、周囲の人に援助を求めたりするなどの対処行動をとる傾向があった、②死別経験の少ない看護師のほうが、悲嘆を解決できずに罪悪感や呆然感を抱きやすく、周囲の人に援助を求める傾向がみられた、③医療スタッフ、患者家族、患者本人の三者ともに死を予期していた場合は、患者本人のみが死を予期していなかった場合に比べ、看護師は患者との死別を受け入れやすい傾向がみられた、④緩和ケアに携わる看護師は、他科の看護師と比べ患者との死別を受容・克服している傾向が高く、さらにはそれによって人間的・人格的な成長を経験していることが示唆された、⑤救命救急に携わる看護師は、悲嘆の解決や死別を受容がなされにくく、死別体験後の対処行動についても、他科の看護師と比べてあまり行わない傾向があるため、彼らの受ける心理的負担は非常に大きく、消耗性のストレスからバーンアウトを生じやすいことが示唆された。

キーワード : Grief, Bereavement, Expectation, Coping behavior, Nursing

### 1. はじめに

ストレス研究や悲嘆 (grief) に関する研究ではよく知られているように、近親者との死別体験は最もストレスフルなライフイベントといわれ (Holmes & Rahe, 1967)、これまで死別体験後の悲嘆のプロセスや生理的・身体的・精神的・心理社会的な影響など、さまざまな観点から悲嘆の研究が積み上げられてきた (Lindemann, 1944 ; Kübler-Ross, 1961 ; Parkes & Weiss, 1983 ; Fulton, 1987)。また、わが国における心理学的な立場からの研究は、悲嘆を測定する尺度の作成 (富田他, 2000a, 2000b ; 山田他, 2002) や、精神的健康に影響する要因の検討 (坂口, 2003)、老

年期における配偶者との死別に関する研究 (河合, 1987, 1988) などがある。しかし、研究を実施するうえで多くの困難 (死別を取り扱う性格上の問題など) を伴うことから、その報告数は非常に少ないのが現状である。

### 2. 問題と目的

一方、看護学の分野では、近年わが国でも、ホスピス (hospice) の理念が浸透しターミナルケア (terminal care) に対する社会的な関心が高まってきたのを反映して、死の間近に迫った患者、あるいは患者 (近親者) の死に直面した家族 (遺族) に対して、看護師がどのように関わり、いかに支援していくか、と

1) 久留米大学大学院心理学研究科  
2) 久留米大学大学院比較文化研究科

いった視点からの研究報告が散見されるようになってきた（鈴木，1988；間瀬他，1996；秋山他，1997；松田・浅田，1999；松島，2001）。すなわち，これまでの医療現場においては，患者が亡くなると医療・看護行為はそこで終了し，それと同時に患者家族と医療者との関わりも一応終結するという考えが常識であった。しかし，患者が亡くなった後も遺された遺族に対する支援や関わりを継続して行うという，いわば医療理念や医療サービスの枠組みを拡大する取り組みがなされ始めている。たとえば，全国約100ヶ所の緩和ケア施設では，遺族に対するケアをホスピス・緩和ケアの重要な働きのひとつと位置づけ，そのうちの6割以上の施設が患者の死後も定期的に追悼会（遺族会・家族会）を開いたり，遺族との手紙の交換を行ったりしている（高山，2002）。

しかしながら，看護学分野における研究のほとんどが，事例研究や個人的手記による部分的記述にとどまっております（山田・野島，2002），前述のごとく援助者が死にゆく人や遺された遺族に対して，必要なケア（援助）とはなにかという点を模索するために行われた予備的な研究が多いのが現状である。

当然のごとく，死別を経験したのは遺族ばかりでなく，その援助者である看護師も，それまで看護してきた患者を亡くしたという点において，死別体験者であり喪失体験者である。したがって，看護師にも患者を亡くした際，遺族と同様，悲嘆が生じると思われる。実際に，大島（2002）は，「患者の死」は「家族とも違う別れではあるが，つらく悲しいことには変わりはない。出会いから長いおつきあいがあったり，様々な思い出があった患者との別れともなれば，いっそうである」と述べている。また立花ら（1998）は，「患者の死によって（家族はもちろんのこと），看護師自身も深い悲しみと無力感に襲われた」と自らの経験を報告している。

このように職業柄，患者の死と向き合わざるを得ない医療従事者が，グリーフケア（grief care）を行う遺族の自助グループに，自らのグリーフケアを求めて関わってくることもあるという（世良田，2003）。小原（1999）は，ホスピスにおける「ケアラーのケア」，すなわち援助者のためのケアの必要性を主張しており，木村（1997）も「ケア提供者の側のグリーフケアも忘れてはならない」と指摘している。職務上の喪失体験であるとはいえ，それによって看護師も悲嘆という情緒的反応を経験しており，それがたびたび重なったりそれをうまく処理することができなかつたりした場合，

ストレス後障害やバーンアウト（burnout syndrome；燃え尽き症候群）の原因ともなり得ると考えられ，患者との死別による悲嘆をいかにケアするかは医療現場における大きな課題である。

看護師以外でも職務上において，身内ではない人すなわち被援助者との死に直面する体験をする職業は，医師，警察官，消防士，自衛官，救命救急士など，さまざまな職種に及ぶ。専門的な職業ゆえに，ほとんど必然的に遭遇する被援助者の死に対して，彼らはどのような悲嘆を経験し，それに対してどのような対処行動を行っているのかについて探索的に検討を行うことは，専門職の勤労者におけるメンタルヘルスの向上を考えるうえで，極めて重要な意義があると考えられる。

そこで本研究では，専門職に生じる悲嘆反応やそれに対する対処行動を明らかにすることを目的として，看護師を対象とした質問紙調査を行った。なお，ここでは悲嘆を「一定期間関わりがあった人との死別体験によって引き起こされる心理的，情動的，生理的，身体的反応の主観的状态」と定義し，そのような反応を包括して「悲嘆反応」と呼ぶ。また，「それらの反応によって自然に引き起こされた，あるいは主体的に行った行動や思考」を「対処行動」と呼ぶ。

### 3. 方 法

#### 1) 調査時期

2003年6月下旬から7月上旬。

#### 2) 調査対象

本研究では，研究の目的を文書にて説明し，同意の得られた久留米大学付属病院の看護師551人に質問紙を配布した。サンプルの抽出に当たっては，年間の患者死亡者数の比較的少ない診療科（歯科・口腔外科など）に所属する看護師，さらに実務経験1年未満の新人看護師については調査対象から除外した。調査対象者のうち，質問紙を回収できたのは，442名であった（回収率86.5%）。さらにそのうち，有効回答数は415名（男性18名，女性391名，不明6名）であり，それらの回答について分析を実施した。

#### 3) 質問紙

本調査における質問紙の作成にあたって，Burnett et al. (1997) による「死別反応項目（Core Bereavement Items）」を，富田（2000b）が日本語訳した「悲嘆反応尺度（Grief Response Scale；GRS）」，および富田ら（2000b）が作成した「対処行動尺度（Scale for Coping with Bereavement；SCB）」から，9因子27項目を参考にした。それぞれの尺度の因子構

造は、前者が「対象のイメージや悲哀感」,「存在の感覚」,「未解決な悲嘆と葛藤」,「悲嘆の解決」の4因子、後者が「気晴らし行動」,「考え込み行動」,「死別の受容と克服」,「援助希求」,「宗教的行動と実存的意味」の5因子から成っている。なお、「悲嘆反応尺度」については4つの下位尺度の合計得点が、悲嘆反応の度合いの強さを表している。そのほか、日本語版 SDS (1974) 及び「バーンアウト(燃えつき症候群)尺度」(久保・田尾, 1992, 1994) から4項目、著者らが独自に考えた1項目(「患者さんの死と、自分の身内や友人の死のイメージが重なったことがある」)を含めた計32項目の質問項目を設定した。さらに、それらの項

目の後に、質問紙自体に対する質問や、その人の死が予期されたものであったのかなどについての質問を、追加的な項目として5項目加えた。教示は、“あなたがこれまで、患者さん(受けもち)との死別を体験なさったなかで、最も心に残っている体験を思い浮かべてください。その体験をしたときに、「どのように感じ、それを乗り切るためにどのように考えたり行動したりしたか」についての項目が以下に記してあります。あなたに最もよく当てはまると思われる番号に○をつけてください”としたのちに、1(全く当てはまらない)から4(ほとんど当てはまる)の4点尺度で回答を求めた。Table 1に、本質問紙の質問項目32項目と、

Table 1 質問項目および平均値(SD)の一覧

尺度	因子名	質問項目	平均値	因子の平均値
悲嘆反応	悲嘆の解決	31. 亡くなった患者さんに対して、現在あなたは何もやり残したことはないと思うことができる。	3.13 (0.71)	8.41 (1.49)
		22. 死別の体験をした後でも、自分は人を助けることができると感じた。	2.71 (0.74)	
		29. 患者さんが亡くなった経験をくぐり抜けたことで、自分は強くなったと感じることができた。	2.58 (0.72)	
	対象のイメージや悲哀感	4. どんな理由であれ、その人はもういないとか戻ってこないという現実と直面したら、つらい気持ちになった。	2.94 (0.80)	8.33 (1.66)
		30. 日常生活や業務の中で、亡くなった患者さんのことを思い出すことがあった。	2.90 (0.67)	
		12. 亡くなった状況や場所に再び触れた時に、患者さんと一緒に過ごした様々な思い出から、亡くなった患者さんへの強い思いや悲しみがわき起こることがあった。	2.49 (0.77)	
	未解決な悲嘆と葛藤	5. 亡くなった状況や場所に再び触れた時に、患者さんと一緒に過ごした思い出が、罪悪感を引き起こすことがあった。	2.12 (0.80)	5.77 (1.64)
		19. 患者さんと過ごした思い出が、孤独感や茫然感を引き起こすことがあった。	1.97 (0.74)	
		27. 亡くなった状況や場所に再び触れた時に、患者さんと一緒に過ごした様々な思い出が、強い恐怖感を引き起こした。	1.67 (0.66)	
	存在の感覚	23. 患者さんが生きているかのように感じたことがある。	1.93 (0.78)	5.40 (1.72)
		7. あたかも患者さんの声を聞いているかのように感じたことがある。	1.82 (0.79)	
		15. あたかも、患者さんがあなたに触れているかのように感じたことがある。	1.66 (0.66)	
悲嘆反応得点合計				27.91 (4.14)
対処行動	宗教的行動と実存的意味	2. しばしばその人の冥福を祈った。	3.05 (0.72)	8.35 (1.76)
		28. 亡くなった患者さんは、自分に何か大切なものを与えてくれたのだと思った。	2.92 (0.79)	
		13. 自分が生かされている存在だと認識した。	2.40 (0.92)	
	死別の受容と克服	3. 人間の死は誰が決めたものでもなく、自然に訪れるものだと思った。	2.98 (0.77)	8.27 (1.55)
		32. 死別の体験は、自分を成長させてくれたと思った。	2.93 (0.75)	
		18. 試練の機会だと思って、努力した。	2.38 (0.82)	
	考え込み行動	8. どんなに自分が無力さを感じているかを考えた。	2.71 (0.84)	7.20 (1.76)
		25. 結局は患者さんに対して、自分は何もできないのではないかと考えた。	2.63 (0.82)	
		14. 死別の体験を忘れるために、何かよい方法はないか考えた。	1.86 (0.70)	
	援助希求	6. 人に頼らず、自分だけで乗り切ろうと頑張った。	2.74 (0.81)	6.90 (1.79)
		11. 問題を乗り切るために、人の力を頼った。	2.17 (0.82)	
		16. ほかにの人に、何らかの援助を求めた。	1.99 (0.80)	
気晴らし行動	21. 友人または家族と、楽しいことをした。	2.14 (0.77)	5.94 (1.69)	
	1. 気をまぎらわせるために、何か楽しいことをした。	2.00 (0.75)		
	9. 以前に自分がいい気分になっていたことをしたり、思い描いたりした。	1.79 (0.69)		
その他	その他	26. 我ながら自分のすべき事をやり遂げることができたと思った。	2.96 (0.68)	
		10. 患者さんの死と、自分の身内や友人の死のイメージが重なったことがある。	2.62 (0.93)	
		24. 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがあった。	2.60 (0.88)	
		17. 自分の仕事に無力感を感じた。	2.51 (0.84)	
		20. いつもと変わらずに日常生活を送ることができた。	2.40 (0.79)	

※数字の下線は逆転項目であることを示す。

Table 2 年齢と性別のクロス表 (人)

性別	20代	30代	40代	50代	合計
女性	220	107	53	11	391
男性	11	6	1		18
不明		1	4	1	6
合計	231	114	58	12	415

Table 3 実務経験年数

経験年数	人数	%
5年未満	122	29.4
5～10年	154	37.1
11～20年	78	18.8
20年～30年	53	12.8
30年以上	7	1.7
無回答	1	0.2
合計	415	100.0

それらが構成している因子を示す。

#### 4) 手続き

久留米大学付属病院で毎週1回行われている、精神神経科医師による精神科リエゾンのチームに著者らが参加し、看護部の了承の後、各病棟の看護師長または主任を代表者として、病棟に所属する看護師の人数分の質問紙（無記名式）を渡し、10日から2週間留め置いた後に著者らが回収した。なお、この質問紙は、本研究の前に某民間病院の看護師約50名に予備的に施行し、質問が十分に回答可能であることを確認した。

#### 5) 統計解析

解析には、統計パッケージ SPSS10.1.3J for Windows (SPSS, 2001) および Java Script-STAR 3.0.0J (田中, 2003) を用いた。なお、主要な質問である32項目における欠損値はすべて、その項目の平均値に置換した。有意差検定には、分散分析を用い、その後の多重比較にはすべて、Tukey の HSD 検定を行った。

### 4. 結 果

#### 1) 調査対象者の特徴

本研究における対象者は、久留米大学病院に勤務する看護師であり、Table 2 に示すとおり、女性391名 (94.2%)、男性18名 (4.3%)、性別不明6名 (1.4%) である。年齢については、20代が231名 (55.7%)、30代が114名 (27.5%)、40代が58名 (14.0%)、50代が

12名 (2.9%) で、20代、30代の若年層が8割以上を占めている。看護師としての実務経験については、Table 3 に示すとおり、5年未満が122名 (29.4%)、5年から10年が154名 (37.1%)、11年から20年が78名 (18.8%)、20年以上が60名 (14.5%) である。なお、調査対象病棟および病棟別の回答者数を、Table 4 に示した。

#### 2) 終末期医療についての経験

久留米大学病院には、平成10年より緩和ケアセンター（病床数12床）が設置されている。当該病棟に所属し終末期医療に携わった経験のある看護師は少なく、有効回答者415名中16名 (3.9%) であった (Table 5)。また、終末期医療に関する研修（研修会参加も含めて）を受けたことがあるか否かを問うたところ、「ない」と回答した人が253名 (61.0%) で、「ある」と回答した人が96名 (23.1%)、無回答が66名 (15.9%) であった。

#### 3) 最も印象に残っている死別体験の時期と死別対象者の年齢

フェイスシートにおいて、最も印象に残っている患者さんとの死別体験について尋ねたところ、以下のような結果となった。死別体験の時期については、「1年以内」が160名 (38.6%)、「5年以内」が138名 (33.3%)、「6年以上」が77名 (18.6%)、未回答が40名 (9.6%) であった。また、その死別対象者のおよその年齢について、回答者自身の年齢と比較して尋ねたところ、「親の年齢に近い」が140名 (33.7%)、「祖父母の年齢に近い」が129名 (31.1%)、「自分の年齢に近い」が70名 (16.9%)、「子どもの年齢に近い」が23名 (5.5%)、「その他」が39名 (9.4%)、無回答が14名 (3.4%) であった。

#### 4) 精神科リエゾンにおける悲嘆に関する相談の有無

久留米大学病院では、定期的に週に1回、毎週金曜日の午後に、精神神経科の医師が2つのチームに分かれて全診療科・病棟のナースステーションを訪問し、リエゾン以外にも、各科の医師や看護師からの相談を受けている（相談の内容は、主に入院患者の精神科・

Table 4 病棟別回答者数

病棟名	人数	%
東3 (整形外科)	16	3.9
西7 (泌尿器科)	23	5.5
高度救命救急センター	61	14.7
外科5 (循環・呼吸・乳腺・内分泌)	32	7.7
外科6 (肝臓・胆のう・膵臓)	31	7.5
外科7 (消化管)	32	7.7
外科8 (脳神経外科)	29	7.0
東4 (集学治療センター)	25	6.0
東5 (小児科)	39	9.4
東6 (放射線科・糖尿病・内分泌代謝)	18	4.3
東7 (呼吸器病・神経・血液病・膠原病)	17	4.1
東8 (消化器病・血液病・膠原病)	25	6.0
東9 (循環器病)	22	5.3
西3 (婦人科)	17	4.1
西4 (集学治療センター)	15	3.6
西4 (緩和ケアセンター)	13	3.1
合計	415	100.0

Table 5 終末期医療の経験

経験年数	人数	%
1年未満	2	0.5
1～3年	5	1.2
4年以上	9	2.2
ない	397	95.7
無回答	2	0.5
合計	415	100.0

神経科に関する症状や問題についての評価や薬物の選択, 治療的なアドバイスなどである)。

その精神科リエゾンチームに対して, 死別や悲嘆に関する内容について相談したことがあるか否か問うたところ, 「ある」と回答した人が71名 (17.1%), 「ない」と回答した人が340名 (81.9%), 無回答が4名 (1.0%) であった。

##### 5) 死別の予期の有無

Table 6に「その患者さんの死は, 周囲の人たち (医療・看護スタッフあるいは患者さんの家族など) にとって, 十分に予期されたものでしたか?」「その患者さん自身は生前, 自分が迎えるべき死について十分に予期していましたか?」という2つの質問に対す

る回答結果を示す。なお, この結果は, 医療スタッフが患者本人やその家族と同じ時を過ごし, ケアを通じて感じ取った主観的なものである。医療スタッフや患者家族, 患者本人のいずれもが死別を予期できたケースが198名 (51.0%), 医療スタッフや患者家族は死別を予期できたが, 患者本人は予期していなかったケースが115名 (29.6%) であった。また, 医療スタッフや患者家族, 患者本人のいずれもが死別を予期していなかったケースが69名 (17.8%), 患者本人は死別を予期していたが, 医療スタッフや患者家族は予期していなかったケースが6名 (1.6%) であった。

##### 6) 最も不快に感じた質問項目

悲嘆に関する質問項目すべてに回答してもらったあとで, 「あなたが, 最も不快に思われた問いは何番ですか」と尋ねたところ, Table 7に示すとおり, 最も多いのが質問9で38名 (9.2%), ついで質問26の35名 (8.4%) であった。とくに目立って多いものはないが, 比較的さまざまな項目が不快な質問として挙げられており, また無回答についても123名 (29.4%) であった。

##### 7) 調査に対する抵抗感

前項に関連して, 「あなたは, これらアンケートの問いに回答することに対して, どのくらい抵抗があり

Table 6 死別の予期についてのクロス表 (%)

		患者本人		合計
		予期あり	予期なし	
医療者や 家族	予期あり	198 (51.0)	115 (29.6)	313 (80.7)
	予期なし	6 (1.6)	69 (17.8)	75 (19.3)
合計		204 (52.6)	184 (47.4)	388 (100.0)

Table 7 不快な質問項目

項目No.	人数	%
9	38	9.2
26	35	8.4
27	27	6.5
31	22	5.3
5	18	4.3
13	18	4.3
22	18	4.3
20	15	3.6
21	13	3.1
15	12	2.9
14	10	2.4
1	9	2.2
その他	57	13.7
小計	292	70.4
無回答	123	29.6
合計	415	100.0

ましたか? “まったく抵抗がなかった”を1, “非常に抵抗があった”を5とすると, いくつくらいですか」と5段階尺度で評定を求めた結果, 「1」が41名 (9.9%), 「2」が92名 (22.2%), 「3」が166名 (40.0%), 「4」が78名 (18.8%), 「5」が31名 (7.5%), 「不明」が7名 (1.7%) であった。なお, 平均値は2.91 (SD 1.07) であった。

#### 8) 各要因と質問項目に対する反応との関連性

Table 1 に示したとおり, 32の質問項目は, 悲嘆反応尺度の4因子と対処行動尺度の5因子の計9因子に対し, 3項目ずつ分けられている。つまり, 1つの因子はそれぞれ3項目の質問によって構成されている。この9因子のうち「悲嘆の解決」のみが, 逆転項目であるため, 尺度得点が高いほど悲嘆の解決がなされていないことを示す。また, 先述したように, 悲嘆反応尺度の合計得点が高いほど, 悲嘆反応の度合いが

強いことを意味する。以下に, 調査対象者の属性や死別の経験における差異などを要因として, 対象者をいくつかの群に分け, それらの要因と質問項目に対する反応との関連性についての結果を示す。

#### ① 年齢による差

看護師の年齢と質問に対する反応との関連性について検討するために, 回答者を20代, 30代, 40~50代の3群に分け, 一要因の分散分析を行った。その結果, Table 8 に示すとおり, 「未解決な悲嘆と葛藤」「気晴らし行動」および悲嘆反応得点の合計において1%水準で有意差がみられ ( $F_{(2,412)}=5.78\sim7.19$ ,  $p<.01$ ), 「対象のイメージや悲哀感」「悲嘆の解決」において5%水準で有意差がみられた ( $F_{(2,412)}=3.35\sim4.01$ ,  $p<.05$ )。また, 「援助希求」行動について有意傾向がみられた ( $F_{(2,412)}=2.44$ ,  $p<.10$ )。さらに, 多重比較を行った結果, 「未解決な悲嘆と葛藤」「気晴らし行動」については, 20代がその他の群と比較して有意に高く, 「対象のイメージや悲哀感」については20代が40~50代と比較して, 「悲嘆の解決」および悲嘆反応得点の合計については20代が30代と比較して, それぞれ有意に高かった。また, 「援助希求」については, 20代が30代と比較して高いとの有意傾向が認められた。なお, これ以外の因子, すなわち「存在の感覚」「死別の受容と克服」「考え込み行動」「宗教的行動と実存的意味」においては, 年齢による有意差はみられなかった。

#### ② 実務経験による差

看護師の実務経験と質問に対する反応との関連性について検討するために, 実務経験5年未満, 同5~10年, 同11年以上の3群に分け, 一要因の分散分析を行った。その結果, Table 9 に示すとおり, 「未解決な悲嘆と葛藤」「悲嘆の解決」「気晴らし行動」「考え込み行動」および悲嘆反応得点の合計において1%水準で有意差がみられ ( $F_{(2,411)}=4.87\sim7.19$ ,  $p<.01$ ), 「対象のイメージや悲哀感」と「援助希求」において5%水準で有意差がみられた ( $F_{(2,411)}=3.74\sim4.07$ ,  $p<.05$ )。また, 「死別の受容と克服」において有意傾向

Table 8 年齢別による平均 (SD) の差

因子	A: 20歳代 N=231	B: 30歳代 N=114	C: 40~50歳代 N=70	F値	多重比較 (HSD法)
対象のイメージや悲哀感	8.50 (1.69)	8.23 (1.59)	7.94 (1.61)	3.35 *	A > C
存在の感覚	5.39 (1.57)	5.23 (1.75)	5.73 (2.07)	1.87 ns	
未解決な悲嘆と葛藤	6.03 (1.60)	5.43 (1.61)	5.43 (1.67)	7.19 **	A > B, C
悲嘆の解決	8.59 (1.41)	8.18 (1.56)	8.19 (1.55)	4.01 *	A > B
悲嘆反応得点の合計	28.52 (4.04)	27.06 (3.94)	27.29 (4.52)	5.78 **	A > B
死別の受容と克服	8.26 (1.62)	8.35 (1.50)	8.21 (1.42)	0.21 ns	
気晴らし行動	6.19 (1.65)	5.61 (1.69)	5.64 (1.72)	5.87 **	A > B, C
考え込み行動	7.35 (1.74)	6.96 (1.77)	7.07 (1.76)	2.12 ns	
援助希求	7.07 (1.65)	6.63 (1.83)	6.80 (2.10)	2.44 †	A > B
宗教的行動と実存的意味	8.34 (1.72)	8.45 (1.80)	8.24 (1.85)	0.31 ns	

ns 有意差なし † $p<.10$  \* $p<.05$  \*\* $p<.01$ 

Table 9 実務経験による平均 (SD) の差

因子	A: 5年未満 N=122	B: 5~10年 N=154	C: 11年以上 N=138	F値	多重比較 (HSD法)
対象のイメージや悲哀感	8.58 (1.65)	8.40 (1.66)	8.04 (1.64)	3.74 *	A > C
存在の感覚	5.33 (1.63)	5.37 (1.57)	5.52 (1.93)	0.47 ns	
未解決な悲嘆と葛藤	6.03 (1.56)	5.86 (1.68)	5.43 (1.63)	4.87 **	A > C
悲嘆の解決	8.61 (1.31)	8.60 (1.52)	8.04 (1.55)	6.81 **	A, B > C
悲嘆反応得点の合計	28.55 (3.93)	28.22 (4.10)	27.02 (4.26)	5.16 **	A, B > C
死別の受容と克服	8.40 (1.53)	8.05 (1.61)	8.41 (1.49)	2.65 †	C > B
気晴らし行動	6.39 (1.59)	5.86 (1.67)	5.62 (1.72)	7.19 **	A > B, C
考え込み行動	7.66 (1.65)	6.99 (1.78)	7.01 (1.74)	6.30 **	A > B, C
援助希求	7.28 (1.62)	6.80 (1.68)	6.68 (2.00)	4.07 *	A > C
宗教的行動と実存的意味	8.41 (1.74)	8.20 (1.69)	8.46 (1.86)	0.87 ns	

ns 有意差なし † $p<.10$  \* $p<.05$  \*\* $p<.01$ 

がみられた ( $F_{(2,411)}=2.65$ ,  $p<.10$ )。さらに、多重比較を行った結果、「気晴らし行動」「考え込み行動」において5年未満の看護師がその他の群と比較して有意に高かった。また、「未解決な悲嘆と葛藤」「対象のイメージや悲哀感」「援助希求」において5年未満の看護師が、「悲嘆の解決」および悲嘆反応の得点合計においては5年未満の看護師と5~10年の看護師が、それぞれ11年以上の看護師と比較して有意に高かった。「死別の受容と克服」において11年以上の看護師が5~10年の看護師と比較して高い傾向が認められた。

### ③ 死別体験の回数による差

看護師の受け持った患者との死別体験の回数について、10回未満を少ない群、20回以上を多い群として分け、2群間の反応の差を検討するために一要因の分散分析を行った。その結果、Table 10に示すとおり、「援助希求」において1%水準で有意差がみられ

( $F_{(1,406)}=12.08$ ,  $p<.01$ )、「存在の感覚」「未解決な悲嘆と葛藤」「悲嘆の解決」において5%水準で有意差がみられた ( $F_{(1,406)}=4.76\sim5.87$ ,  $p<.05$ )。すなわち、「援助希求」「悲嘆の解決」「未解決な悲嘆と葛藤」については、少ない群が多い群よりも有意に高く、「存在の感覚」については多い群が少ない群よりも有意に高かった。また、「考え込み行動」においては、少ない群が多い群よりも高いという有意傾向が認められた ( $F_{(1,406)}=2.90$ ,  $p<.10$ )。

### ④ 死別体験の時期による差

看護師が最も印象に残っている受け持ち患者との死別時期について、1年以内、1~5年以内、6年以上の3群に分け、群間の反応の差を検討するために一要因の分散分析を行った。その結果、「悲嘆の解決」において有意差がみられ ( $F_{(2,372)}=4.82$ ,  $p<.01$ )、さらに多重比較の結果、1年以内に死別を体験した人が

Table 10 死別体験の回数別による平均 (SD) の差

因子	少ない群 N=249	多い群 N=159	F値
存在の感覚	5.25 (1.63)	5.63 (1.84)	4.76 *
未解決な悲嘆と葛藤	5.92 (1.65)	5.52 (1.61)	5.87 *
悲嘆の解決	8.52 (1.45)	8.18 (1.50)	5.18 *
考え込み行動	7.31 (1.79)	7.01 (1.70)	2.90 †
援助希求	7.14 (1.71)	6.52 (1.83)	12.08 **

† $p<.10$  \* $p<.05$  \*\* $p<.01$ 

Table 11 死別予期の有無による平均 (SD) の差

因子	A: Ns・Pt予期あり N=198	B: Ns予期あり・Pt予期なし N=115	C: Ns予期なし N=77	F値	多重比較 (HSD法)
死別の受容と克服	8.56 (1.49)	8.03 (1.47)	8.13 (1.65)	5.02 **	A > B
宗教的行動と実存的意味	8.67 (1.74)	7.93 (1.57)	8.36 (2.06)	6.39 **	A > B

\*\* $p<.01$ 

6年以上前に体験した人よりも有意に高かった。したがって、先述したように「悲嘆の解決」は逆転項目であるため、1年以内の死別は6年以上前の死別よりも、悲嘆の解決がなされにくいという結果となった。なお、それ以外の因子については有意差が認められなかった。

##### ⑤ 死別対象者との年齢の関係による差

回答した看護師と死別した患者との年齢の相対的な関係の違いによって、どのような反応の差があるのかを検討するために一要因の分散分析を行った。その結果、すべての因子について有意差が認められなかった。

##### ⑥ 死別の予期の有無による差

医師や看護師などの医療スタッフや患者の家族が、亡くなった人（患者）の死を予期していたか否か、あるいは亡くなった患者自身が自らの死を予期していたか否かという要因と、質問に対する反応との関連性を検討するために、一要因の分散分析を行った。その際、Table 6に示したとおり、患者本人は死を予期していたが医療スタッフや患者家族は死を予期していなかった群がわずか6名であったため、その群単独での比較検討は行わず、医療スタッフや患者家族が死を予期していなかった群として、患者本人が死を予期していたか否かに関わらず、1つの群にまとめた。したがって、3つの群、すなわち、A群；医療スタッフや患者家族、患者本人の双方が死別を予期していた群、B群；医療スタッフや患者家族は死別を予期していたが、患者本人は自らの死を予期していなかった群、C群；医療ス

タッフや患者家族が患者の死を予期していなかった群、に分けて比較検討を行った。その結果、Table 11に示すとおり、「死別の受容と克服」および「宗教的行動と実存的意味」について、有意差がみられ ( $F_{(2,387)}=5.02\sim6.39$ ,  $p<.01$ )、さらに多重比較の結果、いずれもA群がB群と比較して有意に高かった。

##### ⑦ 病棟の種別による差

本調査の対象とした看護師が所属する病棟は、合計16病棟におよぶ。それらを、特別な機能と役割をもった病棟であることや、平成14年度における年間患者死亡数の多寡などを勘案し、以下のように6群に分けた。すなわち、「緩和ケアセンター」（以下PCUと記す）、「集学治療センター」（以下集学と記す）、「高度救命救急センター」（以下ERと記す）、「内科1：泌尿器科；消化器病・血液病・膠原病；呼吸器病・神経病」（年間患者死亡数20人以上）、「内科2：放射線科・糖尿病・内分泌代謝；循環器病；小児科；婦人科」（年間患者死亡数20人未満）、「外科系（整形外科も含む）」（年間患者死亡数20人未満）である。これら病棟の種別を要因として、質問に対する反応との関連性を検討するために一要因の分散分析を行った。その結果、Table 12に示すとおり、「対象のイメージや悲哀感」「死別の受容と克服」「宗教的行動と実存的意味」において1%水準で有意差がみられ ( $F_{(5,409)}=3.23\sim4.12$ ,  $p<.01$ )、「悲嘆の解決」「気晴らし行動」「考え込み行動」において5%水準で有意差がみられた ( $F_{(5,409)}=2.31$



Table 12 病棟種別による平均 (SD) の差

因子	緩和ケア N=13	集学治療 N=40	救命救急 N=61	内科1 N=65	内科2 N=96	外科系 N=140	F 値
対象のイメージや悲哀感	8.15 (1.41)	7.60 (1.60)	7.98 (1.64)	8.55 (1.74)	8.76 (1.70)	8.31 (1.55)	3.77 **
存在の感覚	6.00 (1.68)	5.53 (1.75)	5.21 (1.67)	5.52 (1.85)	5.50 (1.62)	5.27 (1.73)	0.79 ns
未解決な悲嘆と葛藤	5.00 (1.00)	5.88 (1.52)	5.62 (1.78)	5.89 (1.79)	5.83 (1.63)	5.76 (1.59)	0.80 ns
悲嘆の解決	7.77 (1.74)	8.45 (1.22)	8.92 (1.55)	8.57 (1.58)	8.30 (1.39)	8.24 (1.49)	2.59 *
悲嘆反応得点の合計	26.92 (1.38)	27.45 (4.24)	27.74 (4.46)	28.54 (4.43)	28.40 (3.97)	27.58 (4.11)	1.01 ns
死別の受容と克服	9.31 (1.11)	8.08 (1.27)	7.82 (1.72)	8.65 (1.54)	8.20 (1.51)	8.31 (1.56)	3.23 **
気晴らし行動	6.15 (1.21)	6.18 (1.60)	5.26 (1.65)	6.05 (1.73)	6.07 (1.72)	6.01 (1.69)	2.41 *
考え込み行動	7.00 (1.41)	7.18 (1.63)	6.79 (1.98)	7.69 (1.74)	6.96 (1.56)	7.34 (1.81)	2.31 *
援助希求	7.38 (1.94)	6.93 (1.35)	6.30 (1.61)	7.02 (1.68)	7.10 (1.89)	6.93 (1.90)	1.92 †
宗教的行動と実存的意味	9.69 (1.32)	7.75 (1.37)	8.11 (1.92)	8.54 (1.72)	8.72 (1.82)	8.16 (1.70)	4.12 **

ns有意差なし †p&lt;.10 \*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01

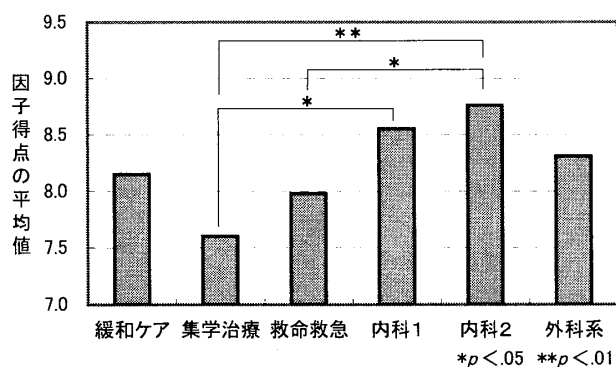


Figure 1 対象のイメージと悲哀感

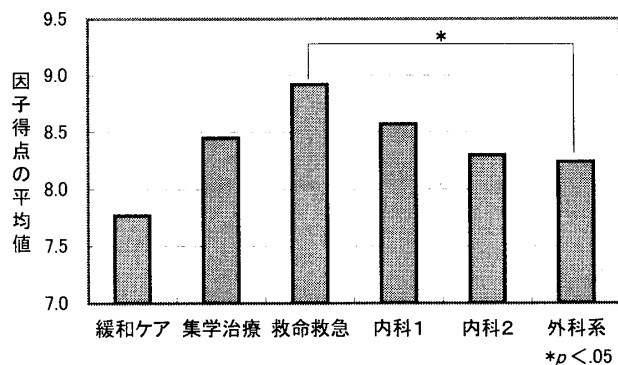


Figure 2 悲嘆の解決

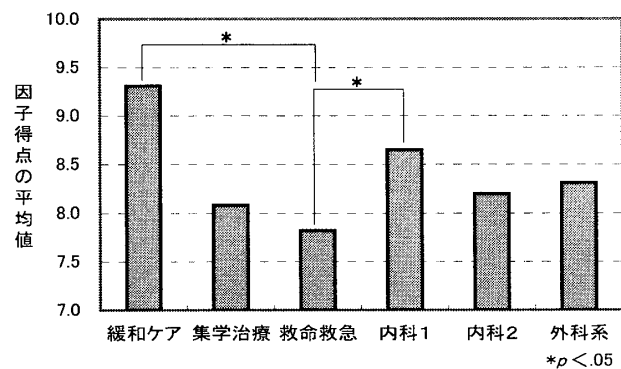


Figure 3 死別の受容と克服

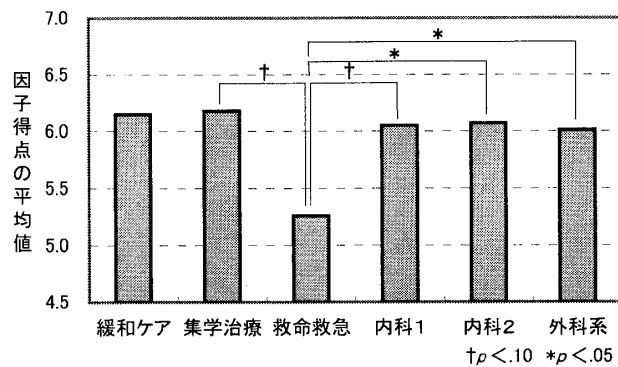


Figure 4 気晴らし行動

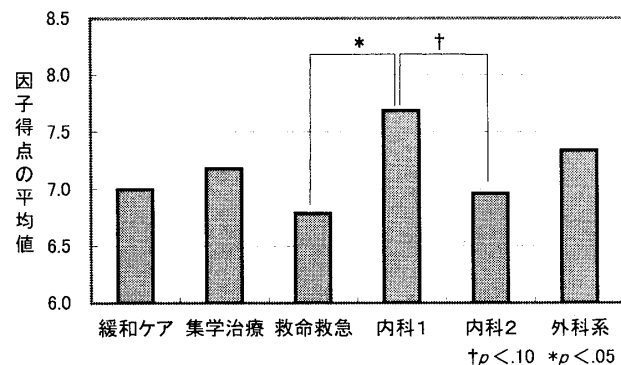


Figure 5 考え込み行動

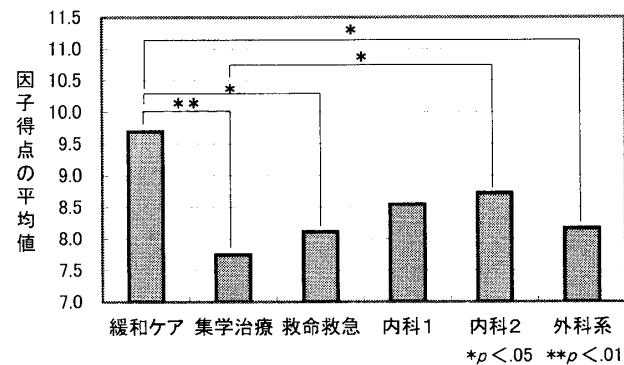


Figure 6 宗教的行動と実存的意味

～2.59,  $p<.05$ )。また、「援助希求」においては有意傾向があった ( $F(5,409)=1.92$ ,  $p<.10$ )。さらに多重比較の結果、「対象のイメージや悲哀感」では、「内科1」が「集学」よりも有意に高く、また「内科2」が「集学」「ER」よりも有意に高かった。「悲嘆の解決」では、「ER」が「外科系」よりも有意に高かった。「死別の受容と克服」では、「PCU」と「内科1」が「ER」よりも有意に高かった。「気晴らし行動」では、「ER」が「内科2」「外科系」よりも有意に低く、さらに「集学」「内科1」より低い傾向がみられた。「考え込み行動」では、「内科1」が「ER」よりも有意に高く、さらに「内科2」に対しても高い傾向がみられた。「宗教的行動と実存的意味」では、「PCU」が「集学」「ER」「外科系」よりも有意に高く、また「内科2」が「集学」よりも有意に高かった。各群における因子得点のグラフを Figure 1～6 に示す。

## 5. 考 察

### 1) アンケートについての抵抗感と不快感

本調査では回答するに当たって、最も印象に残っている患者との死別体験を思い起こしてもらうことを前提としているため、回答者にネガティブな情動体験を喚起されることが予想された。しかし、調査に対する抵抗感を5段階尺度で評定してもらった結果、平均は2.91 (SD 1.07) で、全般的に抵抗感が高いとも低いとも結論づけられなかった。

また、不快な質問項目については、適応的な対処行動だと思われる質問9、すなわち「以前に自分がいい気分になっていたことをしたり、思い描いたりした」を挙げた人が最も多かった。この項目は「気晴らし行動」の因子を構成する質問項目のひとつで、対処行動尺度中、「気晴らし行動」は最も平均値が低い。しかも、当該因子中において、質問9の得点平均値が最も低く、このような対処行動はとらないとする人が多い。つまり、自分に当てはまらないという行動を不快だとする人が多かった。しかし、決してネガティブな対処行動ではないこの項目を、最も不快とした人が多かったのにはどのような心理的背景があるのであろうか。このほかに挙げられた不快な項目の上位をみると、質問26と質問5があり、これらはいずれも得点の平均値が高く、多くの看護師が患者と死別した際、達成感や満足感が得られなかったことを意味している。したがって、以下の推測が可能かもしれない。すなわち多くの看護師には、患者との死別後に何もやり残したことなく自分のすべきことをやり遂げた、とは思えない自

らの看護に対する心残りがあり、そのために「気晴らし」をすることに対して後ろめたい気持ちがあるのではないかと推察される。

### 2) 死別体験における要因と反応との関連について

まず、回答者の年齢との関連性については、「存在の感覚」では有意差がみられなかったものの、その他の悲嘆反応において20歳代の人により強い反応がみられた。また対処行動についても、20歳代の人に「気晴らし行動」や「援助希求行動」をする傾向が高いことが示唆された。さらに、実務経験との関連性についても、年齢との関連性と同様、20歳代の人に悲嘆反応が強くより多くの対処行動をとる傾向がみられた。これらのことから、実務経験が浅い若年の看護師のほうが、強い悲嘆反応を示しやすく、それに対処するために気晴らしをしたり、周囲の人に援助を求めたりするなどの対処行動をとる傾向があるといえよう。一方、実務経験を積んだベテラン看護師は、強い悲嘆反応を示しにくく死別の受容がなされやすいため、対処行動をとる必然性が低いと考えられる。

大学病院という最先端かつ高度な医療を提供する機関では、一般的な病院に比べ、より重篤で特殊な疾病や激しい外傷を負った患者が受診し入院する。そのため、当然のことながら、治療、看護の甲斐なく、患者が亡くなることも珍しいことではない。2002年4月から2003年3月までの久留米大学病院における患者死亡者数は、546名（男性359名、女性187名）で1日平均1.50人の患者が亡くなっている。死別体験が比較的少ない10回未満の看護師と、死別体験が比較的多い20回以上の看護師とを比較したところ、前者のほうが悲嘆を解決できずに罪悪感や呆然感を抱きやすく、周囲の人に援助を求める傾向がみられ、先述した看護師の年齢や実務経験による比較と同じように、死別経験が少ないほうが悲嘆反応を示しやすいくということが伺えた。一方、後者では、興味あることに、死別体験後も亡くなった患者がまだ生きているかのような感覚を覚える傾向があることが示唆された。つまり、亡くなった患者が生きているような感覚、すなわち患者に向ける情緒的な“今ここに生きているという同一性”とでも表現される感覚を受けやすいのは、死別経験の多い看護師であった。

死別体験の時期との関連性については、1年以内の死別体験のほうが6年以上前の体験よりも、悲嘆の解決がなされにくく、時間の経過と共に（時が）悲嘆を解決していく傾向が示唆された。

さらに、死別に対する予期があったか否かという要

因が、悲嘆反応や対処行動とどのような関連があるかについて検討した。すなわち、医療者側からみて、インフォームド・コンセント (informed consent) などを通して、患者本人とそれを取り巻く家族に、医療者側と同様の病状や余命についての共通認識があったか否かということが、看護師の悲嘆反応や対処行動に対してどのような影響を及ぼすかという点を検討した。そして本研究では、対処行動において差がみられたが、悲嘆反応においては差がみられなかった。これは、自分の受け持ちの患者に死が間近に迫っているという事実が予期されていたか否かという要素は、看護師の死別体験後の悲嘆という情緒的な反応にあまり影響を及ぼさないということを示していると思われる。

これに対して、医療スタッフや患者家族はもちろん、患者本人も死を予期していた場合、患者本人だけが死を予期していなかった場合に比べ、看護師は患者との死別を受け入れたり乗り越えたり、あるいは冥福を祈るなどの前向きな対処をする傾向が示唆された。つまり換言すれば、患者本人が間近に迫った自らの死を十分認識していなかった場合、その患者を受け持った看護師は患者の死に際して受容や克服がされにくく、したがって、心の整理をすることが困難となるといえる。Glaser & Strauss (1965) は、患者、家族、医療スタッフ間におけるコミュニケーション関係に関して、「認識文脈」という次のような4つの認識 (気づき) のタイプを提示している。すなわち、(a) 患者は気づいていないが、他の人は気づいている「閉鎖認識」、(b) 患者は他の人が知っていると疑い、それを確認しようとするか、あるいは否定しようとする「疑念認識」、(c) 患者も他の人も知っているが、お互いに気づかないふりをする「相互虚偽認識」、(d) 患者も他の人も知っていて、かつお互いが気づいていることを認め合い、オープンに適切にふるまう「オープン認識」の4つである。医療情報のほとんどは医療者側が占有しており、医師の判断により必要に応じて、あるいは患者や家族からの要請に応じてそれらの開示や告知を行うことが多い。患者の病状が深刻な状態で、予後や見通しが芳しくないほど、すべての情報は家族までにしか伝えられず、患者本人には意図的 (治療的に事実を受容することが極めて困難であると判断される場合) に一部知らされないことがある。とくにわが国では、すべての患者本人に対して癌という病名や余命の告知を行うことが当たり前になされている病院は、まだそれほど多くないのが実情である。しかし、本研究の結果から、患者に告知しない「閉鎖認識」または「疑念

認識」の関係のまま患者と死別した場合、医療者側の心理的負担は大きいと推察される。この「認識文脈」に関連して、森岡 (1996) は、看護師にとって「オープン認識」の文脈のもとでの看護が最もやりやすく、「死との戦いに看護師が参加できるときに、看護師は本当の充実感を得ることができる」と述べている。

### 3) 病棟の種別による看護師の悲嘆反応と対処行動について

本研究では、緩和ケア病棟をはじめ多くの診療科をもつ大学病院に勤務する看護師を対象として調査を行い、各々の看護師が所属する病棟 (診療科) によって、悲嘆反応や対処行動にどのような差があるかについて比較検討を行った。その際、PCU、ER、集学、内科1 (年間死亡者数20人以上)、内科2 (年間死亡者数20人以下)、外科系という6つの群に分けたが、ここでは、病院の数あるセクションの中でもとりわけ特殊な機能と役割をもつ、PCUとERに主に焦点を当て、それらと他科を比較してみたい。

まず、PCUの看護師の特徴として、他科の看護師と比べ患者との死別を受容し克服している傾向が高く、さらにはそれによって、人間的・人格的な成長を経験していることが示唆された。その要因として、PCUでは患者との関係が、先述した認識のタイプでいう「オープン認識」の関係であることが多く、医療スタッフと患者との間に質の高い十分なコミュニケーションが行われていること、死や死別に対するスタッフの心的準備が整っていると考えられること、医療の方向性が治療 (cure) ではなくケア (care; 配慮, 世話, 介助, 看護など) を目的としていることなどが挙げられるだろう。柏木 (1978) は care について、「その人の必要に徹底的に仕えること」であるとし、そこには「配慮的人間関係 (caring relationship)」が生まれてくると述べている。また小島 (1988) は、死別後の悲嘆を遺族にとっての危機 (crisis) と捉え、そのプロセスや介入について述べたあとに、「遺族のケアは人間としての成長の機会」となると主張している。つまり、PCUの看護師は、一方的にケアを施す援助者-被援助者の関係ではなく、患者および家族のケアを通じて「配慮的な人間関係」を形成し、その関係や経験の中から看護師自らも多くを学び、人としての成長を実感できているのではないかと推察される。そのため、たとえ患者との死別を前提とした関係であっても、死別体験を悲観的に考えこむことなく、むしろ自らを成長させてくれる体験として受容・克服が進みやすいといえるだろう。

次に、ER の看護師の反応は、他科のそれと比較して様々な点で異なっており、医療現場の中でもとりわけ特異な部門であることが示唆された。特徴としてまずいえることは、亡くなった対象のイメージがわいたり悲哀感を覚えたりすることは少ないが、一方で悲嘆の解決や死別の受容がなされにくい傾向が高いということである。また、死別体験後の対処行動についても、他科と比べてあまり行わない傾向があり、とくに気晴らし行動については他科の看護師は一様にほぼ同程度に行っているのに対して、ER の看護師はあまりそれを行わない。ER は、病院内で突然予期しない死が最も多く生じる場所のひとつである (Burnell & Burnell, 1989) というだけでなく、死亡する患者の数も病院内で最も多い。また、立花ら (1998) がターミナルケアに関わる看護師に行ったアンケート調査によると、看護師の喪失感が強かったのは、①関わりを深くもてた患者の死、②予測していない突然の死、③苦痛の緩和ができないまま死を迎えたとき、④短期間で関わりを十分もてなかった患者の死、⑤病棟で死が続いたときと述べている。これら5つの要因のうち、ER は、「予測していない突然の死」、「苦痛の緩和ができないまま迎えた死」、「短期間で十分関わりのもてなかった死」、「病棟で死が続いた時」の4つの要件に当てはまるだろう。そのため、看護師の受ける心理的負担も非常に大きく、自分で意識しないうちに消耗性ストレスがたまっていき、バーンアウトを生じやすいという危険性をはらんでいるといえよう。また、先の5つの要因の中で、唯一 ER の看護師に当てはまらない要件は、「関わりを深くもてた患者の死」であると思われるが、年間の死亡者数が比較的少ない内科系の病棟と比べ悲哀感が有意に低いのは、ER がこの要件を備えているからではないかと推察される。つまり、ER においては、患者・家族と関わる時間が短いうえに、十分な信頼関係を構築することは難しく、患者や家族についての記憶・印象が薄いことが多い (西尾, 2002) ため、患者との死別体験後に悲哀感を感じられる余裕がないのではなかろうか。一方、内科系の看護師においては、多くの場合患者に死が迫っていることを示す警告的な兆候や手掛かりがあるため、看護師は死別に至るはずの人々 (すなわち患者家族) に援助できる多くの機会に恵まれている (Burnell & Burnell, 1989) のみならず、死にゆく患者とも十分な関わりをもちやすいといえる。

最後に、PCU と ER の看護師の反応を比較する。この両者で有意差がみられたのは、「死別の受容と克

服」および「宗教的行動と実存的意味」であった。つまり、PCU の看護師は ER の看護師に比べ、患者との死別体験に実存的な意味を見出したり、亡くなった患者の冥福を祈ったりすることで、すでに死別を受容・克服している度合いが高いといえる。このことは、前述した cure と care という医療のあり方や援助者－被援助者の関係の違いが、PCU と ER の看護師の反応の違いに顕著に表れたものと解釈することができよう。すなわち、医療現場における care の極が PCU で、もう一方の cure の極が ER であるとするならば、cure の比重が高まれば高まるほど、医療者は患者との死別をより受容しやすくなるのではないかと推察される。しかしながら、cure と care とは、決して相矛盾するものではなく、「care はすべての cure の基本となり、その前提条件となるものである (Nouwen, 1974)」との指摘は重要であり、いうまでもなく医療において cure と care とを安易に二分法的に考えてはならないだろう。

## 6. 今後の課題

本研究は、看護師のみを対象として行っているため、他の専門的援助職の悲嘆についても今後検討していく必要がある。また、これら専門職の悲嘆反応がバーンアウトや精神的健康に、どのような影響を及ぼしているのかについて明らかにしていくことによって、彼らのメンタルヘルスの維持・増進に寄与できるであろう。それは同時に、死にゆく人やその家族への質の高いケアの提供につながるものと思われる。

## 文 献

- 秋山和代・兼子友理・大石三枝子・鈴木美知子 1997  
悲嘆のプロセスをいかに支えることができるか—ターミナル期にある患者の家族へのかかわり 看護学雑誌, 61(1), 38-43.
- Burnell, G.M. & Burnell, A.L. (長谷川 浩・川野雅資監訳) 1994 死別の悲しみの臨床 医学書院 (原著 Clinical Management of Bereavement, 1989)
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. & Martinek, N. 1997 Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, 27, 49-57.
- Fulton, R. 1987 The many faces of grief. *Death Studies*, 11(4), 243-256.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (木下康仁訳) 1988

- 「死の Awareness 理論」と看護—死の認識と終末期ケア 医学書院 (原著 Awareness of dying, 1965)
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- 柏木哲夫 1978 死にゆく人々のケア：末期患者へのチームアプローチ 医学書院
- 河合千恵子 1987 老年期における配偶者との死別に関する研究—死の衝撃と死別後の心理的反応— 家族心理学研究, 1(1), 1-16.
- 河合千恵子 1988 老年期における配偶者との死別に関する研究：その2—死別後の適応とそれに影響する諸要因の効果— 家族心理学研究, 2(2), 119-129.
- 木村登紀子 1997 「死別による」の理解とケア—“健やかな生”の視点による—考察 健康心理・教育学研究, 3(1), 27-34.
- 小島操子 1988 遺族のケア—悲嘆反応への危機介入—教育と医学, 36(9), 33-40.
- Kübler-Ross, E. (鈴木晶訳) 2001 死ぬ瞬間—死とその過程について 中公文庫 (原著 On Death and Dying, 1969)
- 久保真人・田尾雅夫 1992 バーンアウトの測定 心理学評論, 35, 361-376.
- 久保真人・田尾雅夫 1994 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係— 実験社会心理学研究, 34(1), 33-43.
- Lindemann, E. 1944 Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- 間瀬由記・小原 泉・寺崎明美 1996 残された家族の“悲嘆”に対する援助 臨牀看護, 22(7), 1093-1101.
- 松島たつ子 2001 ホスピス緩和ケアにおける死別を体験する家族のケア (現状と今後の展望) 死の臨床, 24(1), 45-51.
- 松田光信・浅田庚子 1999 悲嘆状況にある患者のケア (ケアリングの観点から) 看護研究, 32(1), 77-83.
- 森岡正博 1996 「死」と「生命」の研究の現状 井上俊他編 岩波講座現代社会学第14巻「病と医療の社会学」岩波書店, 223-238.
- 西尾治美 2002 救急での看取り ナーシング, 22(11), 28-33.
- Nouwen, Henri J.M. 1974 Out of Solitude, Notre Dame, Ind., Ave Maria Press.
- 大島弓子 2002 「病院で出会う患者の死」についての考察 ナーシング, 22(11), 18-22.
- 小原 信 1999 ホスピス—いのちと癒しの倫理学 ちくま新書
- Parkes, C.M. & Weiss, R.S. 1983 Recovery from bereavement. New York, Basic Books.
- 坂口幸弘 2003 配偶者喪失後の精神的健康に及ぼす家族関係の影響過程：媒介要因としての情緒的孤独感に関する検討 家族心理学研究, 17(1), 1-12.
- 世良田律子 2003 死別の悲しみを乗り越えるグリーフケアの基礎知識 ナーシングカレッジ, 7(13), 12-17.
- 鈴木志津枝 1988 終末期の夫をもつ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える—看護研究, 21(5), 23-34.
- 立花エミ子・小林光代・山田フミ 1998 ターミナルケアにおける看取りの現状—看護者自身の喪失体験について 看護技術, 44(14), 71-74.
- 高山桂子 2002 遺族ケアのニーズと現状に関する基礎調査研究—わが国のホスピス・緩和病棟における遺族ケアの現状と課題— 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ホームページ 2002年度調査研究報告
- 富田拓郎・大塚明子・伊藤 拓・三輪雅子・村岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊則・上里一郎 2000 幼い子どもを失った親の悲嘆反応と対処行動の測定 カウンセリング研究, 33(2), 168-180.
- 富田拓郎・瀬戸正弘・鏡 直子・上里一郎 2000 死別体験後の悲嘆反応と対処行動—探索的検討— カウンセリング研究, 33(1), 48-56.
- 山田淳子・野島一彦 2002 ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究—緩和ケア病棟の看護婦を対象に 九州大学心理学研究, 3, 217-227.
- Zung, W.W.K. (福田一彦・小林重雄構成) 1974 日本語版 SDS 三京房

## The grief reaction and coping behavior on the specialist of nursing after the bereavement

KOSUKE DOBASHI, SHUSAKU TSUJIMARU, RYO ONISHI, HIROO FUKUYAMA

### Summary

This research was investigated in order to clarify the characteristics of the grief reaction and its coping behavior after the experiences of having been bereaved of patients on 415 nurses who work in the Kurume university hospital.

Questionnaire was constituted based on 32 items from Grief Response Scale, Scale for Coping with Bereavement, the Japanese version SDS, and the Burnout scale.

Consequently, the following things were revealed.

(1) The nurses of the youth who are not expert tended to indicate an intense grief reaction. In order to cope with it, they had the tendency to take coping behavior of refreshing themselves or asking their neighboring person for support.

(2) Since the nurses with little bereavement experience could not solve their grief reaction, they were easy to feel of guilt and feel stunned or dazed, and the tendency to ask their neighboring person for support was observed.

(3) When all related persons (the medical staff, the patient family, and the patient himself) have expected the patient's death, compared with the case that only the patient did not expect his own death, the tendency for nurses to be easy to accept the bereavement of their patient was observed.

(4) The nurses engaged in Palliative Care Unit have the high tendency to have accepted and overcome the bereavement of the patient, compared with the nurses of the other medical department. Furthermore, it was suggested that they have carried on character-growth by those experiences.

(5) Neither solution of grief nor acceptance of bereavement does easily the nurses engaged in Emergency, and they have the tendency to also scarcely hold coping behavior after bereavement experience, compared with the nurses of the department of others. Therefore, the mental stress which they receive was very severe, and a possibility that such the exhausting stress made them cause a burnout were suggested.

**Key words:** Grief, Bereavement, Expectation, Coping behavior, Nursing

---

1) The Graduate School of Psychology, Kurume University

2) The Graduate School of Comparative Studies of International Cultures and Societies, Kurume University